

Zakończenie

Europejska współpraca w dziedzinie zdrowia publicznego – tak jak to przewidywał przedstawiony projekt – ma znaczenie prawdopodobnie większe niż wiele innych zagadnień analizowanych we wspólnych programach. Powody są różne. Względy te mają swoje przyczyny i uwarunkowania zarówno w specyfice poszczególnych krajów, jak i sytuacji paneuropejskiej, występującej w czasie bezprecedensowego rozszerzania Unii. Na ogół tworzenie wspólnych polityk ma swoje źródła w doświadczeniach krajowych, które poprzez uniwersalizację są przenoszone na szerszą rzeczywistość, ale proces rozszerzania Unii ma swoją własną dynamikę, która – zderzając się z rozwojem wydarzeń w poszczególnych krajach – tworzy nieznany wcześniej układ czynników wspierających przekształcenia zdrowia publicznego.

Pierwszy czynnik, który należy brać pod uwagę, to niejednoznaczność tradycji zdrowia publicznego w Europie. Jest to tradycja bardzo stara i szacowna, od wieków uwzględniająca bardzo szeroką perspektywę uwarunkowań stanu zdrowia. Warunki społeczne, ubóstwo i głód, ale także warunki sanitarne w miejscu zamieszkania i stan bezpieczeństwa w środowisku pracy były od dawna przedmiotem uwagi zarówno autorytetów, jak i opinii publicznej. Zarówno w inicjatywach prawnych, jak i w świadomości moralnej i aktywnościach charytatywnych od dawna podejmowano próby ich rozwiązywania. Efektywność tych działań była oczywiście przez długi czas ograniczona, ale kiedy koncepcje państwa opiekuńczego znalazły praktyczne zastosowanie, sytuacja ulegała rzeczywistej poprawie. Współcześnie bezpieczeństwo zdrowotne jest powszechnie traktowane jako integralny składnik europejskiego modelu socjalnego. Jednocześnie jednak z poprawą ogólnego stanu zdrowotnego – i zbioru czynników warunkujących – osłabieniu ulegał stan świadomości związany z wagą i znaczeniem wyodrębniania swoistego zakresu zainteresowań naukowych i działań praktycznych, które ogniskują się wokół spraw zdrowia populacji. Ponieważ dostęp do doświadczeń zdrowotnych był powszechnie gwarantowany, a jakość świadczeń osiągnęła bardzo wysoki poziom – mimo deklarowanego niezadowolenia – postulat uprawiania ochrony zdrowia publicznego nie był wyrażany dostatecznie silnie. W konsekwencji pojęcie zdrowia publicznego bywało za-

pominane, zastępowano je innymi konstrukcjami – o czym była mowa – po czym przywracano jego stosowanie, dążąc do odbudowania traconego tymczasem prestiżu, co nie zawsze było dostatecznie łatwe. Nawet wyważona w swoich działaniach Światowa Organizacja Zdrowia miała w swoim stosunku do dziedziny zdrowia publicznego chwile załamania, nie wspominając już o Unii Europejskiej, która zajęła się zdrowiem publicznym bardzo późno.

Drugi czynnik wiąże się ze słabą – na ogół – pozycją zdrowia publicznego w większości krajów europejskich. Nie miejsce to na bliższą analizę przyczyn tego zjawiska, ale zarówno na zachodzie, jak i na wschodzie kontynentu rozwój ochrony zdrowia publicznego był stosunkowo słaby. Fakty jednak dowodzą, iż niektóre kraje europejskie mogły być stawiane – i nadal mogą – jako wzorzec troski o stan zdrowia, a zwłaszcza o usuwanie zagrożeń występujących w środowisku człowieka, a także o wykorzystywanie pojęcia zdrowia publicznego w organizowaniu i legitymizowaniu działań służących ochronie zdrowia. Odmienne niż w podejściu stosowanym w USA, gdzie koncepcja zdrowia publicznego jest kluczem niezbędnym do zrozumienia przyjmowanych rozwiązań, kraje europejskie odwoływały się znacznie chętniej do odpowiedzialności państwa, jako dużej wspólnoty politycznej, albo powoływały się na trwałość odpowiedzialności małych wspólnot, wywodzonych z doświadczeń odległych wieków. Sprawy dotyczące zdrowia były wiązane raczej z działaniami wspólnoty politycznej – często w kontekście polityki społecznej – wobec czego odnoszenie do zdrowia publicznego, które zawsze ma znaczenie techniczne, często uważano za tworzenie pozoru apolityczności. Wobec powyższego pojęcie zdrowia publicznego stawało się po prostu zbędne, a w każdym razie stan świadomości społecznej nie tworzył żadnego nacisku, aby takie pojęcie praktycznie stosować. Kiedy powstawały masowe zagrożenia dla zdrowia człowieka – jak choroby odzwierzęce w UE lub SARS w skali globalnej – okazywało się, że najbardziej tradycyjne metody postępowania stosowane w chorobach zakaźnych, jak izolacja, okazywały się najbardziej przydatne, nie prowadząc do potrzeby rewidowania starych paradygmatów.

Trzecim czynnikiem odgrywającym rolę w kształtowaniu sytuacji zdrowia publicznego były skomplikowane relacje między naukami medycznymi a innymi dyscyplinami naukowymi, uczestniczącymi w jego rozwoju. Historycznie rzecz ujmując, lekarze byli tymi, którzy odgrywali pionierską rolę w rozumieniu szerokich uwarunkowań stanu zdrowia. Pamiętać jednak należy, że w dziewiętnastym wieku trudno było o przedstawicieli innych nauk, którzy byłiby zawodowo przygotowani do zajmowania się złożonymi problemami determinacji zdrowotnych – zresztą nauki takie same powoli zdobywały się na stosowanie bardziej rozwiniętych metod badawczych. Z czasem wkład innych nauk stawał się coraz bardziej znaczący, a jednocześnie wielu przedstawicieli medycyny traciło zainteresowanie uwzględnianiem szerszego spektrum czynników warunkujących zdrowie. Przez pewien czas wydawało się nawet, że podejście, zwane modelem biomedycznym, pozostaje w opozycji do modelu bardziej otwartego i staje się barierą w rozwoju skutecznych polityk zdrowotnych. To wtedy –

w latach siedemdziesiątych – rozwijała się orientacja promocji zdrowia, w której świadomość napięć w relacjach ze światem medycznym była obecna. Należy uświadomić sobie, że przełom – przynajmniej na poziomie świadomości – związany z docenianiem czynników pozamedycznych zawdzięczamy raczej promocji zdrowia, niż zdrowiu publicznemu, co da się prześledzić także w treści dokumentów WHO. W niektórych krajach – na przykład w USA – konflikty te zostały przezwyciężone na gruncie rozszerzenia zakresu zainteresowań medycznych. W Europie promocja zdrowia zyskała bardzo dużą popularność – wiąże się to z rozpowszechnionym tu prozdrowotnym stylem życia (w niektórych przypadkach przyczyniło się do zbudowania solidnych podstaw dla dziedziny zdrowia publicznego), ale niekiedy tworzyło także mentalną zaporę w jego akceptacji. Niejednokrotnie bowiem dzieje się tak, że o ile promocja zdrowia otwiera możliwości działań bez bezpośredniego podporządkowania profesjonalistom medycznym – na przykład poprzez działania społeczności lokalnych – o tyle w koncepcji zdrowia publicznego stała obecność przesłanek medycznych jest oczywistą koniecznością. Ludzie, którzy przyzwyczaili się do większego zakresu swobody – pamiętajmy, że w stereotypie świadomości europejskiej indywidualna swoboda jest wysoko ceniona – perspektywę podporządkowania się autorytetom, nawet jeśli są to autorytety naukowe, przyjmują niechętnie.

Czwarty czynnik wiąże się z niepewnością instytucji kształcących w zakresie treści teoretycznych i umiejętności praktycznych, które powinny być przekazywane studentom i absolwentom. Na ogół dzieje się tak, że treści dydaktyczne są efektem działającej przez lata tradycji praktykowanej jako kształcenie w ramach danej dyscypliny. Jej konfrontacja z wymogami rynku pracy – czy może lepiej mówić: realiami gospodarczymi – przesądza o tym, co staje się materiałem przekazywanym studentom. Zwykle nie ma kontrowersji na temat podstawowych treści, które powinny być zawarte w programach. Spór dotyczy zwykle kwestii drugorzędnych, zwłaszcza doboru elementów najbardziej potrzebnych w praktycznym działaniu. Tutaj bowiem mogą ujawniać się różnice między różnymi placówkami naukowymi na temat tego, co jest najważniejsze – najbardziej przydatne – w funkcjonowaniu instytucji, w której absolwenci mają znaleźć zatrudnienie. W nauczaniu zdrowia publicznego sprawa wygląda inaczej, a poglądy przyjmowane w instytucji mogą odgrywać rolę decydującą. Brak zgody na temat spraw podstawowych sprawia, że zdrowie publiczne nauczane w szkole medycznej wygląda zupełnie inaczej, niż uczone przy wiodącej roli wydziałów społecznych. W efekcie powstaje niebezpieczeństwo, że sama nazwa dziedziny – zdrowie publiczne – mało mówi na temat faktycznego przygotowania absolwenta, bowiem interpretacja dyscypliny i kierunku studiów nie jest w tym przypadku przedmiotem teoretycznego sporu, ale wikła interesy różnych grup społecznych, a przezwyciężanie konfliktów i wprowadzanie niezbędnego zakresu porządku może napotykać poważne trudności. Warto także zauważyć, że rozbieżność dążeń poszczególnych uczelni utrudnia budowanie koalicji, które mogłyby wspólnymi siłami zmierzać do rozwiązania problemów.

Czynnik piąty jest następstwem – paradoksalnie – bardzo wysokiego poziomu rozwoju europejskich systemów zdrowotnych. Zdecydowana większość problemów, i to zarówno tych związanych z warunkami kształtującymi stan zdrowia, jak i tymi dotyczącymi dostępu i korzystania z opieki zdrowotnej, znalazła już instytucjonalne rozwiązania. I chociaż powszechnie stwierdzana jest konieczność poprawy efektywności, to jednak nie istnieje bezpośredni przymus tworzenia nowych mechanizmów, które byłyby podporządkowane idei zdrowia publicznego. Zdrowie publiczne działa zatem poprzez wykorzystywanie instytucji już istniejących, które nie tyle tworzą nową tożsamość – system zdrowia publicznego – co raczej zmierzają do budowania nowej definicji swoich obowiązków, także w ramach istniejących wcześniej układów organizacyjnych. W konsekwencji dzieje się tak, że działające od dawna instytucje poszukują nowych pracowników, nie tyle odwołując się do kategorii zdrowia publicznego, co do bardziej swoich od dawna wypełnianych zadań. Dodatkowo, zdrowie publiczne jako instytucja lub rola zawodowa dostarcza znaczącego przyrostu prestiżu, odwołanie się zatem do tego pojęcia nie prowadzi do wzrostu atrakcyjności oferowanej pracy, zakładając, że rynek dysponuje nadwyżkami wolnych miejsc pracy. Wszystko to sprawia, że wśród instytucji, które – obiektywnie – uczestniczą w realizacji tych samych funkcji należących do zdrowia publicznego, nie rodzi się przekonanie prowadzące do podkreślania wspólnej przynależności organizacyjnej. Nie ma bowiem spoiwa – lub występuje ono w bardzo słabym natężeniu – które pozwalałoby na tworzenie poczucia wspólnoty instytucjonalnej. Spoiwem tym mogłaby być kategoria zdrowia publicznego, która jednak musiałaby stać się elementem świadomości szerszych grup profesjonalnych, a także opinii publicznej. Tylko bowiem w ten sposób mogłoby motywować zachowania ludzi i działania instytucji, a jednocześnie prowadzić do kształtowania oczekiwań adresowanych do osób traktowanych jako fachowcy w tej dziedzinie.

Wszystkie wskazane wyżej czynniki mogą być traktowane jako bariery stojące na przeszkodzie rozwoju zdrowia publicznego, ale mogą wyznaczać również wyzwania, którym trzeba stawić czoła. Z tego punktu widzenia struktura realizowanego projektu, tak z punktu widzenia realizowanych celów, jak i formuły jego realizacji, skupiała się na problemach najważniejszych dla poprawy perspektyw zdrowia publicznego. Analizując cele i zasady kształcenia, kierowaliśmy się ku dwóm grupom najważniejszych udziałowców: przyszłych, potencjalnych pracodawców oraz absolwentów zdrowia publicznego, a więc przyszłych, potencjalnych pracowników. Pytanie ich o zdrowie publiczne często było pierwszym bodźcem, który przyciągał uwagę ku sprawom, którymi wcześniej nie mieli okazji bliżej się zajmować, także z powodu czynników, o których była już mowa. Pracodawcy stanęli wobec perspektywy, w której postrzegali samych siebie jako należących do sfery zdrowia publicznego. Będąc w niej – różne typy badań aktywnie o tym przypominały – musieli zadawać pytanie, czego oczekiwaliby od przyszłych pracowników, zwłaszcza tych posiadających odpowiedni tytuł zawodowy – magistra zdrowia publicznego. Także absolwenci zostali postawieni w jasnej pozycji określającej ich identyfikację zawodową, co

dawało możliwość podjęcia namysłu nad szansami całej grupy zawodowej, a nie tylko troski o karierę. Bodaj po raz pierwszy w Polsce sprawy zdrowia publicznego zostały przedstawione nie jako techniczna kwestia nadzoru sanitarnego, ale jako problem, którego rozwiązywaniem zainteresowane są duże grupy społeczne. Daje to szansę innego niż dotychczas spojrzenia na przekształcenia systemu zdrowotnego. Uczestnikami procesu są aktywne grupy, ujawniające swoje interesy i występujące w ich obronie. Pamiętać przy tym należy o uczestnictwie przedstawicieli uniwersytetu – instytucji kształcącej w zdrowiu publicznym. Patrzyli oni na efekty swojej pracy, niekiedy z zadowoleniem, niekiedy z przerażeniem, bo przecież od niej zależały możliwości młodych ludzi na konkurencyjnym rynku pracy. Udział w projekcie wzmacniał ich poczucie więzi ze zdrowiem publicznym, związku, który przy obecnej organizacji studiów w kraju nie jest dostatecznie silny, a w projekcie dawał możliwość tworzenia bezpośrednich relacji w skali znacznie szerszej, w skali europejskiej.

Przedstawiając wyniki projektu, mamy świadomość jego ograniczeń. Zostały postawione pierwsze kroki. Mamy jednak nadzieję, że są to kroki we właściwym kierunku.

